

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Médico-Cirúrgica
vertente pessoa idosa

Relatório de Estágio

**Pessoas idosas em processo de transição, submetidas a
prostatectomia radical: Intervenções de Enfermagem na
capacitação para o autocuidado**

Sara Sofia Freitas Fernandes

Lisboa

2016

A decorative graphic in the bottom right corner featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Médico-Cirúrgica
vertente pessoa idosa

Relatório de Estágio

**Pessoas idosas em processo de transição, submetidas a
prostatectomia radical: Intervenções de Enfermagem na
capacitação para o autocuidado**


Sara Sofia Freitas Fernandes

Orientador: Prof^a Dr^a Adriana Henriques

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Prostate Cancer is the most common solid malignancy in men.

Mirza, Greibling & Kazer (2011)

Siglas e Abreviaturas

APU- Associação Portuguesa de Urologia

CI- Consentimento Informado

DE- Disfunção erétil

DGS- Direção Geral de Saúde

EAUN- European Association of Urology Nurses

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HEM- Hospital Egas Moniz

ICHOM- International Consortium for Health Outcomes Measurement

ICIQ-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form

ITU- Infecção do Trato Urinário

IU- Incontinência urinária

NICE -National Institute for Health and Care Excellence

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSPI- Plano Nacional de Saúde para Pessoas Idosas

PSA- Prostate Specific Antigen

USF- Unidade de Saúde Familiar

WHO- World Health Organization

RESUMO

O cancro da próstata foi o mais prevalente, em 2014, nos idosos em Portugal. A prostatectomia radical é o tratamento cirúrgico mais adotado, contudo acarreta complicações tais como a incontinência urinária e a disfunção sexual. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no aumento da literacia em saúde sobre incontinência urinária, disfunção sexual e infeção de forma a capacitar o doente idoso para o seu autocuidado.

Neste sentido desenvolveu-se um projeto de estágio com o objetivo de desenvolver competências de mestre e especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na capacitação para o autocuidado das pessoas idosas submetidas a prostatectomia radical e no aumento da sua literacia em saúde. Ao mesmo tempo pretendeu-se contribuir para uma mudança de comportamentos na prática de cuidados dos enfermeiros, que promovesse a capacitação do autocuidado das pessoas idosas.

Optou-se pela metodologia de projeto, tendo-se realizado o diagnóstico de situação com recurso à análise da documentação de enfermagem, à observação das práticas e às respostas do questionário. Perante o diagnóstico de situação planearam-se e executaram-se um conjunto de intervenções de enfermagem que comportaram um conjunto de atividades: execução de um plano de ensino (cuidados com o cateter urinário, exercícios musculares pélvicos, nutrição/hidratação, retorno à atividade física, prevenção da infeção, higiene, gestão do regime terapêutico e função sexual), otimização do folheto sobre os cuidados com cateter urinário e elaboração do folheto sobre os exercícios musculares pélvicos. Na fase de avaliação recorreu-se à monitorização por via telefónica após a alta, e à análise dos registos de cuidados de enfermagem.

O percurso delineado permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre médico-cirúrgica vertente pessoa idosa. Os objetivos, bem como as atividades planeadas foram atingidos na sua amplitude. Os doentes idosos referiram ter aderido aos cuidados prescritos e mostraram-se satisfeitos com a qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Pessoas idosas, transição, prostatectomia radical, intervenções de enfermagem, autocuidado

ABSTRACT

Prostate cancer was the most prevalent in 2014 in the elderly in Portugal. Radical prostatectomy is the most widely used surgical treatment, yet it entails complications such as urinary incontinence and sexual dysfunction. Nurses play a key role in increasing health literacy on urinary incontinence, sexual dysfunction and infection in order to empower the elderly patient for self-care.

In this sense, a trainee project was developed with the objective of developing master's and specialist skills in the area of medical and surgical nursing, namely in the training for the self-care of elderly people undergoing radical prostatectomy and in increasing their health literacy. At the same time, it was intended to contribute to a change of behaviors in the practice of nursing care, which promoted the training of self-care of the elderly.

The project methodology was chosen and a situation diagnosis was performed using nursing documentation analysis, observation of practices and questionnaire responses. Before the diagnosis of the situation, a set of nursing interventions were planned and executed, which included a set of activities: execution of a teaching plan (urinary catheter care, pelvic muscle exercises, nutrition / hydration, return to physical activity, prevention of infection, hygiene, management of the therapeutic regimen and sexual function), optimization of the leaflet on urinary catheter care and preparation of the leaflet on pelvic muscle exercises. In the evaluation phase, we used telephone monitoring after discharge and the analysis of nursing care records.

The path outlined allowed the development of skills such as specialist nurse and medical-surgical master's degree elderly person. The objectives as well as the planned activities have been reached in their amplitude. Elderly patients reported adhering to prescribed care and were satisfied with the quality of care.

Key words: Elderly, transition, radical prostatectomy, nursing interventions, self-care

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Adriana Henriques pela orientação, apoio e disponibilidade.

Aos meus pais Susana e Damião pela compreensão e paciência demonstrada ao longo desta etapa.

Ao meu avô e avó, pelas palavras de força sempre nas alturas certas.

Ao Francisco pela compreensão demonstrado nos momentos de maior *stress*.

A todos os meus colegas que sempre deram força para que conseguisse atingir os meus objetivos.

A todos os meus amigos pelo apoio incondicional e pelas palavras motivadoras durante todo o processo, principalmente nos momentos de maior desânimo. Retribuo com a minha amizade.

A todas as instituições que facilitaram o meu trabalho.

A todas as pessoas idosas que colaboraram neste trabalho com a partilha das suas experiências, pois é por elas que procuro sempre melhorar o meu cuidado.

Índice

Siglas e Abreviaturas	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
Agradecimentos	7
Índice	8
Introdução.....	10
1.Justificação da problemática	13
2.Enquadramento teórico	17
2.1. <i>Doença crónica</i>	17
2.2. <i>Neoplasia da próstata</i>	19
2.3. <i>Complicações da Prostatectomia radical</i>	21
2.4. <i>Contributo dos enfermeiros na facilitação da transição para casa e capacitação para o autocuidado</i>	24
3. Metodologia do projeto.....	28
3.1. <i>Finalidade do estágio e objetivos</i>	29
3.2. <i>Descrição de atividades e resultados adquiridos</i>	30
4.Reflexão sobre resultados obtidos e competências desenvolvidas	43
5.Considerações éticas	47
6.Conclusão	49
7.Referências Bibliográficas	51
Apêndice I- Ação de formação	i
Apêndice II- Plano de ação.....	ii
Apêndice III - Avaliação da ação de formação	iii
Apêndice IV- Análise do caso	iv
Apêndice V- Questionário.....	v
Apêndice VI- Resultados e análise do questionário	vi

Apêndice VII- Plano de ensino	vii
Apêndice VIII- Folheto cuidados com cateter urinário.....	viii
Apêndice IX- Folheto exercícios musculares pélvicos.....	ix
Apêndice X-Monitorização telefónica.....	x
Apêndice XI- Norma sobre os cuidados ao doente idoso submetido a prostatectomia radical.....	xi
Apêndice XII- Consentimento informado.....	xii
Apêndice XIII- Parecer da comissão de ética.....	xiii
Apêndice XIV- Poster	xiv

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mantida e em crescimento exponencial. Em Portugal, e segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), no período compreendido entre 2012 e 2060, prevê-se um declínio populacional de 22% (10,5 milhões para 8,6 milhões de habitantes). Assim como de alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico.

Sendo assim, o cuidado à pessoa idosa é de preocupação crescente para a Enfermagem, visto que esta população está a crescer, com mais suscetibilidade a doenças crónicas e com mais necessidade de cuidados de saúde. Esta condição de doença crónica exige mudanças de comportamento de autocuidado, de acompanhamento multiprofissional, tratamento e gestão regular ao longo da vida (World Health Organization [WHO], 2013).

Em Portugal, o cancro da próstata foi o cancro mais incidente no sexo masculino em 2014 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2014). É comum nos idosos, pois é mais prevalente em homens com idades compreendidas entre 65-79 (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014).

A prostatectomia radical é o tratamento cirurgico optado para este tipo de cancro, contudo acarreta complicações como a incontinência urinária e a disfunção erétil (NICE, 2014). De acordo com Simpson (2015), os doentes submetidos a prostatectomia radical devem ser informados desses problemas de forma a minimizar o seu impacto na qualidade de vida e bem-estar. Além disso o enfermeiro ao procurar uma contínua melhoria da qualidade do exercício profissional deve não só prevenir complicações mas também implementar intervenções que contribuem para minimizar os efeitos indesejáveis (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

Um dos focos de intervenção do enfermeiro é a segurança do doente e dos cuidados, devendo desenvolver atividades para capacitá-lo, disponibilizando informação sobre as complicações e facilitando o acesso a novas aprendizagens e habilidades.

Durante o 3º semestre, do 6.º Curso de Mestrado em Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa foi realizado um estágio com relatório em unidades de cuidados distintas, no Hospital Egas Moniz e Unidade de Saúde Familiar de Oeiras, nos tempos compreendidos entre 28 de Outubro de 2015 até 13 de Fevereiro de 2016, com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista e de mestre no cuidado à pessoa idosa. Após o término do estágio, elaborou-se um relatório com vista a compreender se os objetivos traçados foram alcançados.

Assim com a orientação do enfermeiro especialista da prática e da Professora Doutora Maria Adriana Henriques, durante o estágio, foi implementado o projeto com o título **“Pessoas idosas em processo de transição, submetidas a prostatectomia radical: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o autocuidado”**. Os objetivos gerais que me propus a atingir ao longo do estágio e assegurando que o mesmo se traduzisse em momentos contínuos de aprendizagem foram: (1) Contribuir como enfermeira na capacitação para o autocuidado das pessoas idosas; (2) Contribuir para o aumento da literacia em saúde da pessoa idosa submetida a prostatectomia radical; (3) Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na capacitação do autocuidado do doente idosos submetido a prostatectomia radical.

Ao longo do estágio tive em consideração o regulamento específico da OE (2010), que indica o desenvolvimento de quatro domínios de competências a desenvolver como enfermeira especialista na área da pessoa idosa (melhoria contínua da qualidade, responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais).

Segui a metodologia do projeto, pois esta “... é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de acções práticas.” (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010, p.5). Assim, percorri as 5 etapas da metodologia: diagnóstico, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados.

A contextualização teórica deste trabalho teve como base a teoria do autocuidado de Orem (1993, 2001) que considera que através de apoio e de educação os enfermeiros podem capacitar os doentes para o autocuidado. Suportei-

me igualmente na teoria de Meleis (2010), que afirma que os enfermeiros podem facilitar o processo de transição dos doentes do hospital para casa.

O trabalho encontra-se estruturado em capítulos. No primeiro capítulo é abordada a problemática em estudo assim como a justificação do projeto. De seguida faz-se uma referenciação dos conceitos envolvidos e o estado de arte que sustenta a prática ao longo do estágio. No capítulo seguinte é apresentada a metodologia, finalidade e objectivos do projeto assim como a descrição, fundamentação das actividades e resultados obtidos. Á *posteriori* faz-se uma avaliação dos resultados obtidos e competências de enfermeiro especialista desenvolvidos e considerações éticas.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Neste capítulo vai se justificar o tema do projeto implementado no serviço de Urologia do HEM.

O cuidado à pessoa idosa é uma inquietação crescente para a Enfermagem, visto que esta população está a crescer e requer cuidados específicos. É um grupo de pessoas, que pelas características decorrentes da sua idade, apresentam maior suscetibilidade a doenças crônicas e têm assim maior necessidade de cuidados de saúde. O cancro da próstata é cada vez mais prevalente, e o tratamento cirúrgico apresenta implicações na qualidade de vida dos idosos e sua família.

Exerço funções como enfermeira há 5 anos no serviço de Urologia do HEM a cuidar de pessoas idosas submetidas a cirurgias e acredito que a educação para o autocuidado nos idosos é um dos caminhos contributivo para a preservação da sua autonomia e independência. De acordo com Carvalho (2014) apesar de os idosos se encontrarem na última fase do ciclo de vida, esta deve ser encarada como uma fase dinâmica e positiva, com potencial de crescimento, aprendizagem e adaptação a novas realidades.

Por esse motivo escolhi este tema **“Pessoas idosas em processo de transição, submetidas a prostatectomia radical: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o autocuidado”**, que para além de ser de interesse pessoal, têm grande enfoque a nível internacional. A *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) procura medir o impacto das complicações pós cirúrgicas do cancro da próstata (disfunção sexual e incontinência urinária) ao fim de 6 meses a 1 ano, de modo a conseguir ajudar os profissionais de saúde a adaptarem tratamentos e disponibilizarem informação contributiva para melhores resultados e ganhos em saúde (Martin et al, 2014).

Este projeto tal como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) assim o defende, deu prioridade à participação activa das pessoas idosas na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Pretende que estes assumam o seu autocuidado em segurança e no seu domicílio.

De acordo com Simpson (2015) a prostatectomia é uma solução para o cancro da próstata visto que faz a remoção total desta e vesículas seminais. Contudo esta cirurgia acarreta consequências tais como: incontinência urinária e disfunção sexual. Lassen, Gattinger & Saxer (2013) referem que estas possíveis complicações vão contribuir para uma redução da qualidade de vida dos doentes idosos. As intervenções educacionais ao longo do internamento realizadas pelos enfermeiros podem influenciar de forma positiva a perceção e gestão da doença, o controlo de infeção, a incontinência urinária e a disfunção sexual, e a qualidade de vida no regresso a casa (Burt, Caelli, Moore & Anderson, 2005; Mata & Napoleão, 2011; Lassen et al, 2013).

Com o objetivo de compreender a problemática na prática clínica e conhecer as ações que melhor promovem o autocuidado da pessoa idosa submetida a prostatectomia radical foi desenvolvido um trabalho de campo no serviço de Urologia de um hospital de Lisboa. Este permitiu a análise de registos de enfermagem, a aplicação de questionários aos enfermeiros e a colocação “de perguntas formuladas na prática clínica, centradas no que se faz todos os dias” (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010, p.12).

Após a análise dos registos de enfermagem relativos intervalo de anos de 2013 até Janeiro de 2015, verificou-se que 75 homens foram submetidos a prostatectomia radical por apresentarem como diagnóstico cancro da próstata, tendo 65% dos homens idades superior a 65 anos. Isto vem de encontro ao que a evidência científica mostra acerca da incidência do cancro da próstata na população idosa (NICE, 2014).

Ao analisar as 75 notas de alta de enfermagem executadas, verificou-se que as intervenções educativas referentes às complicações mais prevalentes pós cirurgia tais como a disfunção erétil, incontinência e infeção estavam muito resumidas e por vezes inexistentes. Isto pode sugerir que a informação chega de um modo escasso e não sistematizado aos doentes. Da mesma forma, pode sugerir que o treino de habilidades é insuficiente e que não garante com certeza de que os doentes idosos regressam ao domicílio com toda a informação necessária sobre incontinência urinária e disfunção sexual. Entendi que a atuação dos enfermeiros beneficiaria com

a existência de um guia orientador da prática de cuidados. Portanto, ambicionei promover uma mudança positiva das atitudes que visassem a mudança de comportamentos junto da equipa de enfermagem que facilitassem a capacitação do autocuidado dos doentes idosos submetidos a prostatectomia radical.

Os enfermeiros são um recurso essencial, visto que vão oferecer ao doente informação pertinente ao longo do internamento que os ajudará na sua recuperação e no seu *empowerment* (Schulz & Nakamoto, 2013; Simpson, 2015). No entanto devem ter em conta que cada doente tem as suas dúvidas e necessidades específicas, sendo fundamental um cuidado centrado na pessoa de modo a facilitar a transição de um meio hospitalar para o seu domicílio. De acordo com NICE (2014) os profissionais de saúde têm a responsabilidade de informar os doentes e sua família, de modo que estes tomem decisões de forma livre e esclarecida sobre o seu projeto de cuidados.

Na fase de diagnóstico realizou-se um questionário (apêndice V) aos enfermeiros com o intuito de perceber realmente quais eram os conteúdos fornecidos aos doentes durante as sessões de ensino. Verificou-se que a maioria dos 11 enfermeiros participantes não orientavam e não ensinavam o doente sobre a necessidade dos exercícios para a musculatura pélvica e realização diária desses exercícios após a remoção do cateter urinário, para ajudar no controlo da incontinência urinária. Sendo a informação sobre os exercícios musculares pélvicos transmitida oralmente escassa, verifica-se também que não existe nenhum suporte escrito sobre a temática que possa ser entregue ao doente. Porventura, a generalidade dos enfermeiros informava sobretudo sobre o controlo de infeção assim como os cuidados com cateter urinário, restrição de atividades, alimentação e nutrição, gestão de medicação, sinais e sintomas de complicações. Importa assim referir que, os profissionais de saúde devem aumentar a literacia em saúde dos doentes idosos, ou seja transmitir conhecimentos, confirmar a sua compreensão de modo a que estes consigam aplicá-los na prevenção da doença e promoção da saúde. (WHO, 2013). A segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, sendo o dever dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos ao doente assegurarem uma comunicação potenciadora da continuidade de cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015).

A monitorização telefónica é aplicada de forma benéfica a doentes submetidos a outras cirurgias que requerem novas aprendizagens e habilidades quando estas regressam a casa e que não se aplicava a doentes idosos submetidos a prostatectomia radical. Tendo em conta que Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009) considera a monitorização telefónica como seguimento pós-alta que garante a continuidade de cuidados ao utente/família, torna-se fundamental aplicar esta intervenção de enfermagem aos doentes idosos submetidos a prostatectomia radical.

Posso referir que o projeto é sensível aos cuidados de enfermagem pois zela pela segurança e autonomia do doente e ajuda-o a alcançar o máximo potencial de saúde. Além disso o enfermeiro ao procurar uma contínua melhoria da qualidade do exercício profissional deve não só prevenir complicações, mas também implementar intervenções que contribuem para minimizar os efeitos indesejáveis (OE, 2012). Os enfermeiros são um elemento essencial no fornecimento de informação geradora de aprendizagens e de novas capacidades pelo doente idoso. Com o intuito de promover uma transição saudável na pessoa idosa é importante que os cuidados de enfermagem se fundamentem num quadro de atuação centrado na pessoa, em que exista uma relação baseada na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento (McCormack, 2003).

Partindo do sobreposto referencial teórico de Benner (2001) considero que me encontro no nível 4 de perícia, visto que exerço funções há cinco anos, sempre a prestar cuidados fundamentalmente à pessoa idosa, ajo de forma rápida e consigo gerir de forma eficiente os cuidados. Isto significa que sou uma enfermeira “proficiente”. Contudo tenho como objetivo tornar-me perita no cuidado à pessoa idosa submetida a prostatectomia radical. Para atingir este nível de cuidado e nomeadamente à pessoa idosa submetida a prostatectomia radical, necessito de adquirir competências nas áreas de enfermeiro especialista referentes aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais.

2. Enquadramento teórico

Prevê-se para Portugal em 2035 uma modificação da pirâmide populacional, em que a base será apresentada mais estreita e o topo ainda mais largo. O envelhecimento populacional deve-se à simbiose entre o aumento da esperança de vida e a redução da natalidade e da mortalidade. Este fenómeno está presente em Portugal, e em todo o mundo, sendo o seu crescimento muito acelerado. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014) em 2050 as pessoas idosas erguer-se-ão a um número astronómico de dois mil milhões (20% da população mundial).

De modo a que este processo de envelhecimento seja positivo e que enalteça um bem-estar físico, social e mental ao idoso, a DGS (2004), através do Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, propôs como meta aumentar uma expectativa de vida mais saudável, segura e com qualidade de vida. Pretende que os idosos, ou seja, pessoas com mais de 65 anos, sejam mais autónomas e mais independentes. Além disso considera que os idosos, apesar das suas fragilidades, também têm direito à participação, dignidade e assistência.

2.1. Doença crónica

O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas. De acordo com a WHO (2015) estas são doenças de longa duração, geralmente com progressão lenta. Esta condição de doença crónica ou doença não transmissível gera consequências na vida pessoal e familiar, exigindo a mudança de comportamentos de autocuidado e de acompanhamento multiprofissional, tratamento e gestão regular ao longo da vida.

Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e em 2012, 38 milhões de mortes tiveram como causa as doenças crónicas. Estima-se que de 2012 até 2020 as mortes por cancro vão aumentar de 8.2 milhões para 12.6 milhões (WHO, 2014). Segundo a DGS (2014) devido ao aumento da taxa de incidência das doenças oncológicas existe uma maior necessidade de internamento hospitalar. Através de algumas mudanças dos estilos de vida poderiam ser evitadas 30 % das mortes por cancro (WHO, 2015).

A gestão da doença crónica pode ser um desafio para os doentes idosos, dado a sua condição de fragilidade e vulnerabilidade. A forma como uma pessoa segue as instruções de um profissional de saúde, é designada de adesão (WHO, 2003). A adesão à terapia de longo prazo para doenças crónicas nos países desenvolvidos é de 50%, sendo indiscutível que muitos doentes apresentam dificuldade em seguir recomendações de tratamento, tornando-se um problema crítico não só na saúde da população, do ponto de vista da qualidade de vida, mas também da economia da saúde (WHO, 2003).

A adesão é um processo dinâmico e deve ser acompanhada por profissionais de saúde treinados e capazes de avaliar a agilidade do paciente a aderir aos cuidados, prover conselhos sobre como fazê-lo, e acompanhar a evolução do doente em cada contato de modo a avaliar a não adesão. Não há uma estratégia exata de medição da adesão e cada uma delas tem as suas desvantagens. Os questionários realizados aos doentes ou a simples colocação de perguntas podem fazer parte das estratégias para medir a adesão (OE, 2010).

O *follow-up* telefónico pode ser considerado uma estratégia de medição da adesão. De acordo com Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009) a consulta telefónica poderá ser encarada como uma intervenção de enfermagem, uma vez que o contacto telefónico é realizado com o intuito de garantir a continuidade de cuidados ao utente/família após a alta.

O apoio de familiares é aconselhado pois vai ser um fator importante na mudança de comportamentos e influencia resultados em saúde (WHO, 2003). Dotar o idoso e família das ferramentas que lhe permitam reconhecer sintomas e assim autogerir a doença, é essencial e enquadra-se naquilo que é o papel do enfermeiro especialista (Washburn & Hornberger, 2008).

Verifica-se um aumento do risco de baixa adesão em doentes idosos, dados as suas alterações cognitivas e funcionais, múltiplas co morbididades e regimes terapêuticos complexos. Acoplado a estas características está uma literacia em saúde baixa que vai ter implicações nas escolhas de saúde no idoso, vai aumentar a hospitalização, mortalidade e gerar mais gastos a nível de saúde (WHO, 2013). Não é suficiente os doentes saberem ler e terem informação e compreendê-la, é

necessário aplicá-la, a fim de assegurarem um papel ativo na decisão e gestão da sua doença de forma segura. Através de programas educacionais fornecidos por profissionais de saúde, pode-se aumentar a literacia em saúde, no entanto cabe a estes profissionais aumentar as suas competências comunicacionais e ter conhecimento das necessidades e limitações de cada doente (Schulz & Nakmoto,2012). Desta forma podem prestar cuidados seguros e aumentar a eficácia na comunicação, de forma a contribuir para a capacitação do doente no autocuidado (Coulter & Ellins,2007).

2.2. Neoplasia da próstata

O impacto de uma neoplasia avalia-se pela sua frequência (prevalência e incidência) e pela sua gravidade, traduzida não só pela morbilidade, mortalidade e taxa de sobrevivência, mas também pelo estado funcional e qualidade de vida do doente. Neste contexto, o cancro da próstata tem um impacto elevado, assumindo-se como uma patologia frequente, cuja mortalidade e morbilidade associadas constituem um importante problema de saúde pública. Em Portugal o cancro da próstata foi o segundo cancro maligno mais prevalente em 2014, sendo a taxa bruta muito superior à taxa padrão da Europa. Relativamente à taxa de mortalidade padronizada, verifica-se uma redução desde 2011 a 2012 o que poderá estar associado à realização de mais testes de diagnósticos como PSA (antiénio específico prostático) e biópsias que possibilitaram a deteção precoce e o declínio da mortalidade (WHO, 2014).

NICE (2014) considera o cancro de próstata uma doença predominantemente de idosos, ou seja, idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos. Revela haver uma maior incidência de mortalidade por cancro da próstata em homens de origem Africana. Além disso a ingestão de alimentos ricos em gorduras animais e pobres em fibras, o uso desmedido de álcool e tabaco, fatores genéticos e fatores ambientais podem contribuir para aquisição desta patologia (NICE, 2014;Tao, Shi, Wang & Zhang, 2015).

Os tratamentos para uma neoplasia prostática são: vigilância ativa, prostatectomia radical, radioterapia externa e braquiterapia (NICE, 2014). A escolha

do tratamento é baseada nas características do tumor, numa expectativa de vida de pelo menos 10 anos, no estado funcional, nas co- morbilidades e preferências do doente idoso (Kumar et al, 2015).

A prostatectomia radical é considerada o tratamento do cancro da próstata localizado mais eficaz, podendo ser realizada por cirurgia aberta ou por via laparoscópica (Dorey, 2013). A glândula prostática é removida através de uma incisão e realiza-se uma anastomose entre a uretra e a bexiga (Dorey, 2013). Segundo Gray & Moore (2012) esta cirurgia consiste numa laparotomia desde o umbigo até á púbis. Procede-se à mobilização da próstata, com cautela para manter a integridade do esfíncter urinário externo, seguidamente a uretra é anastomosada ao colo da bexiga. Os mesmos autores referem que é efetuada uma cateterização com sonda de silicone, a fim de permitir a anastomose da uretra. O cateter urinário permanece entre 7 a 21 dias, dependendo da técnica efetuada na execução da anastomose vesico uretral.

Quando a opção de cirurgia é essencial ou quando é escolhida vai gerar sentimentos de *stress* e medo (Vianna & Napoleão, 2009). O paciente submetido a um procedimento cirúrgico também pode vivenciar conflitos emocionais tais como medo, desamparo, raiva e tristeza. Tudo isso pode ser intensificado pelas expectativas peri operatórias e pelas dúvidas referentes ao autocuidado. Nesse contexto, o enfermeiro deve fornecer apoio e orientações adequadas para amenizar tais incertezas e os possíveis efeitos colaterais do procedimento (Santos, Silva, Saldanha, Lira & Vitor, 2012).

De acordo com Katz (2015) a prostatectomia radical acarreta bons resultados no controlo do cancro da próstata, visto que 10% dos Homens morrem após 15 anos da cirurgia. Contudo esta abordagem cirúrgica pode apresentar efeitos adversos tais como: incontinência urinária, dificuldade em alcançar ou manter uma ereção.

2.3. Complicações da Prostatectomia radical

Segundo Bolat & Gunlusoy (2015) a incontinência urinária e disfunção sexual vão afetar a qualidade de vida dos doentes e vão ter um maior impacto funcional em doentes idosos.

A incontinência urinária e a disfunção sexual são os principais efeitos adversos e têm um impacto significativo sobre a qualidade de vida. O aconselhamento apropriado tem influência significativa no bem-estar do doente após completar o tratamento. Medidas adicionais, tais como a remoção do cateter urinário, a curta hospitalização, a execução de exercícios musculares pélvicos para ganhar a continência num prazo razoável, o fornecimento de terapias potenciadoras da função sexual são todos feitos para reduzir a morbilidade e melhorar a qualidade de vida (Kirschner-Hermanns & Jakse, 2002).

De acordo com Mirza, Griebeling & Kazer (2011) a incontinência urinária (IU) é a complicação mais temida. Becker et al (2014) verificaram que os homens com idades inferiores a 50 anos tinham mais probabilidade em ficarem continentes após a cirurgia, sendo a idade um fator influenciador dos resultados funcionais pós cirúrgicos.

A incontinência de *stress* ou de *esforço* é o tipo de incontinência mais prevalente em doentes depois da prostatectomia radical (Dorey, 2013). Verificam-se perdas urinárias em resposta a uma atividade que aumenta a pressão abdominal e intravesical, como tossir, levantar e rir (Dorey, 2013; Gray & Moore, 2012). Através da manobra de Valsava, ou seja pedindo ao doente que tussa enquanto está sobre uma almofada junto ao meato da uretra pode se fazer revelar uma IU.

Os homens apresentam incontinência de stress, resultante do dano do esfíncter urinário interno, após esta intervenção cirúrgica (Adamakis, Vasileiou & Constantinides, 2013). De acordo com Coelho et al (2010) a incontinência urinária ocorre em 79% doentes após prostatectomia retro púbica, e em 84,8% doentes após prostatectomia por via laparoscópica.

De acordo com Trost e Elliot (2012), a prevalência da IU a seguir ao procedimento cirúrgico não está definida, mas estima-se que possa variar entre os 2 a 43%,

dependendo da técnica cirúrgica e da perícia do cirurgião. Segundo Gray & Moore (2012) o estado funcional pré-operatório do aparelho urinário inferior, a idade, e a radioterapia pós-operatória são outros fatores que podem influenciar o risco de IU após a prostatectomia radical. Os mesmos autores referem que mais de 90% dos homens apresentam IU após a remoção do cateter urinário e que a maioria terá continência em 12 semanas após a cirurgia. Deve-se portanto fazer uma avaliação do estado funcional do idoso Através do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), é possível avaliar o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos (APU, 2009).

Os enfermeiros têm um papel relevante em fornecer informação e aconselhar sobre o tratamento para a IU, que se baseia na realização de exercícios de musculatura pélvica, mudanças de estilos de vida e tratamento cirúrgico (Simpson, 2015). Os exercícios de musculatura pélvica podem ser utilizados antes da abordagem cirúrgica, em que os doentes ainda se mostram capazes fisicamente de aprender novas capacidades e competências (Dorey, 2013, citando Porru et al, 2001). A autora revela que estes exercícios devem ser iniciados imediatamente após a cirurgia, mesmo tendo o cateter urinário e devem ser continuados após a sua remoção. Estes exercícios devem ser ensinados individualmente, incentivando os doentes idosos a executá-los em frente de um espelho de modo a verificarem se fazem corretamente a contração do músculo. Refere que é relevante a qualidade desses exercícios para fortalecer a musculatura pélvica e não a quantidade. Sintomas de urgência e de frequência urinária podem ser minimizados com estes exercícios e com o incentivo de ingestão hídrica, 1,5 l por dia e da negação do álcool e cafeína. Se esses sintomas prevalecerem, a medicação anticolinérgica pode ser aconselhada. As estratégias mais utilizadas para a incontinência urinária são: utilização de fralda, exercícios de Kegel (exercícios para fortalecer musculatura pélvica) e redução de atividades sociais (Hsiao, Moore, Insel & Merkle, 2013).

A disfunção sexual pode ser caracterizada pela incapacidade persistente de manter ou atingir uma ereção adequada para relações sexuais com penetração (Russell et al, 2014, citado por Simpson, 2015). Comprova-se melhores taxas de função erétil quando existe preservação dos nervos cavernosos (Nunes, Rolo &

Mota, 2004). Quando os nervos cavernosos são apenas danificados, os exercícios musculares pélvicos ao serem realizados diariamente, poderão potencializar a oxigenação e a melhoria da disfunção erétil. Verifica-se que os nervos poderão recuperar ao fim de 1 ano após a prostatectomia radical (Dorey, 2013).

Mirza et al (2011) refere que a disfunção erétil (DE) associada à prostatectomia radical pode ser prevalente nos homens entre a 10 e 100%. Assim como a prevalência, a recuperação da DE também é variável pois vai depender da idade do doente, da função erétil no pré-operatório, da mudança erétil no pós-operatório e preservação do feixe neuro vascular. A alta prevalência de comorbidades e a associação dessa condição com o comprometimento da função sexual confirmam o prejuízo crescente do interesse e da satisfação sexual nos idosos (Russell et al, 2014, citado por Simpson, 2015).

Após o procedimento cirúrgico os doentes deixam de ejacular devido à remoção das vesículas seminais. O enfermeiro deve informar os doentes que apesar de não conseguirem ejacular podem ter prazer, através do orgasmo durante o ato sexual. Berookhim, Nelson, Kunzel, Mulhall & Narus (2014) referem que estes doentes idosos podem apresentar baixa auto estima e desconforto devido à redução peniana. Esta situação surge pois ocorre dano do nervo cavernoso, fibrose do tecido cavernoso e atrofia do tecido peniano. Os enfermeiros atuam antes da cirurgia ajudando os doentes a perceberem o risco da disfunção erétil, e depois do procedimento ao implementarem intervenções individualizadas para a sua recuperação (Sivarajana, Prabhua, Takslerb, Lazea & Lepor, 2013).

Santos et al (2012) refere que apesar dos homens se sentirem constrangidos ao dialogar, pois ficam com a sensação de perda de masculinidade o enfermeiro deve abordar o tema, identificar preocupações sexuais, desenvolver intervenções individualizadas e incentivar o início das relações sexuais quando o doente e a parceira se sentirem preparados.

O tratamento de primeira linha inclui a utilização de inibidores de fosfodiesterase, que aumentam o fluxo sanguíneo no pênis, e ajudam consequentemente na ereção. Podem ser ingeridos 20 min antes da atividade sexual. As injeções intracavernosas e utilização de dispositivos de vácuo são

tratamentos de segunda linha, que quando falham dá-se a opção de prótese peniana (Mirza, Griebing e Kazer, 2011; Katz, 2015). As estratégias mais utilizadas na disfunção sexual são: expressar sentimentos com seu parceiro, encontrar formas alternativas (abraçar, beijar, tocar) para expressar afeto e intimidade sexual e redução de atividades sexuais (Hsiao et al, 2013).

Os doentes idosos submetidos a esta cirurgia são mais suscetíveis a infeções, não só no trato urinário, mas também na ferida cirúrgica. Para garantir que o doente está totalmente preparado para o cateterismo vesical após a cirurgia, visto que acarreta desconforto físico e psicológico, o profissional de saúde deve informar o doente sobre as razões da sua necessidade (European Association of Urology Nurses (EAUN), 2012). A presença de um cateter urinário acarreta maior risco de infeção do trato urinário (ITU), sendo o risco diretamente proporcional à duração prolongada do cateter urinário. Visto que a maioria dos idosos submetidos a prostatectomia radical permanecem com o cateter urinário durante 2 a 3 semanas pós cirurgia, o risco de infeção urinária é maior (Santos et al, 2012).

As manifestações clínicas clássicas de ITU como disúria, febre e frequência urinária podem estar ausentes ou mascarados em idosos, sendo relevante dar atenção à mudança do estado mental ou declínio da função (Mountan, Bazaldua, Pierce & Espino, 2001; Beveridge, Davey, Phillips & McMurdo, 2011). Além disso, tendo sempre em vista a segurança do doente, os enfermeiros devem incentivar à ingestão de líquidos pois garante uma ótima drenagem do fluxo urinário e reduz o risco de infeção e bloqueio do cateter urinário (EAUN, 2012). A lavagem das mãos imediatamente antes e depois da manipulação do cateter é uma ação muito contributiva para redução de infeção urinária (NICE, 2014). De acordo com Beveridge, Davey, Phillips & McMurdo (2011) de modo a reduzir as infeções associadas à presença do cateter urinário, este deve ser removido precocemente ou quando já não é necessário.

2.4. Contributo dos enfermeiros na facilitação da transição para casa e capacitação para o autocuidado

Para assegurar a continuidade do cuidado em casa e evitar os reinternamentos que contribuem significativamente para as elevadas despesas em

saúde, é necessário que a alta hospitalar seja planeada e sistematizada, garantindo um esclarecimento maior ao doente (Pompeu, Pinto, Cesarino, Araújo & Poletti, 2007). O planeamento de alta deve ser iniciado a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e deve ter continuidade durante o período de internamento (Pompeu et al, 2007). Penprase (2014) refere que as necessidades específicas dos idosos, inerentes ao próprio processo de envelhecimento (declínio cognitivo e físico) devem ser consideradas na preparação para a alta. Além disso a presença e a participação da família deve ser encorajada durante os momentos de transmissão de informação pertinente na transição para casa. Conforme afirma Pompeu et al (2007), na prática, as orientações são fornecidas pelos enfermeiros no momento da alta do doente, não sendo estas desenvolvidas durante o período de internamento. Além disso são oferecidas em grande quantidade e ao mesmo tempo, não dando oportunidade ao doente a retê-las e compreendê-las.

Um cidadão melhor informado tem mais possibilidade em gerir as suas expectativas face aos cuidados que necessita. Sendo assim os profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros, devem capacitar os doentes de modo a que estes consigam participar nos cuidados e tomar decisões em saúde (WHO, 2013). Através do fornecimento de informação, pode-se reduzir a ansiedade, desmitificar informação mal compreendida e pode-se ajudar os homens a sentirem-se totalmente apoiados desde diagnóstico até a um futuro com complicações influenciadoras da qualidade de vida (Simpson, 2015).

Um estudo avaliou o impacto de aulas de educação pré-cirúrgica para 192 pacientes agendados para serem submetidos a prostatectomia radical por via laparoscópica no período de junho de 2013 ate julho de 2014. O objetivo não foi só melhorar o acesso do doente a informação relacionada com a sua cirurgia, mas também limitar a divulgação repetida de informações por parte dos enfermeiros após a alta. Durante a aula pré- cirúrgica, os 123 doentes com média de idade de 61 anos, receberam informação sobre o pré, intraoperatório, pós-operatório e plano de alta. Verificou-se que os doentes que frequentaram as aulas tendiam a fazer menos chamadas para os enfermeiros, devido à informação recebida durante a aula. Além disso, o aumento do número de chamadas por complicações indicou que os doentes se encontravam mais conscientes do tipo de complicações. Concluiu-se que os

doentes, que participaram nas aulas no período pré-operatório, compreenderam melhor o seu programa de tratamento e foram mais vigilantes quanto às potenciais complicações. Este programa educacional possibilitou também aos doentes sentirem-se mais capacitados e com mais controlo (Collin, Bellas, Haddock & Wagner, 2015).

Uma educação adequada requer tempo suficiente para que sejam assumidas novas responsabilidades e implementadas novas competências. De acordo com Meleis (2010) os enfermeiros facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem, capacitando assim a pessoa idosa para o autocuidado.

Foi desenvolvido um estudo metodológico que teve como objetivo validar o conteúdo das intervenções de enfermagem aos doentes submetidos a prostatectomia radical. Este estudo teve a participação de 38 peritos que validaram as intervenções que poderiam estar incluídas no plano de educação a estes doentes. De acordo com Mata, Carvalho & Napoleão (2011) os doentes submetidos a prostatectomia radical deveriam obter informação sobre os cuidados com cateter urinário, prevenção de infeção, higiene e cuidados com a ferida cirúrgica, hidratação e nutrição, atividade física, medicação, incontinência urinária e função sexual.

O autocuidado é uma atividade aprendida pelos indivíduos com o objetivo de atingir o bem-estar e manutenção da sua saúde. Orem (1993) considera a saúde como um estado de integridade das estruturas humanas, funcionamento corporal e mental, e o bem-estar o sentido que cada um atribui à sua existência. Quando a pessoa se depara com uma situação de doença, deve aderir aos cuidados prescritos. Assim ao serem agentes do autocuidado devem possuir novos conhecimentos, motivação e habilidade para a sua realização. A enfermagem assim é necessária quando a pessoa se depara com medidas de autocuidado recentemente prescritas e para a sua realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência.

Orientar a pessoa idosa para o autocuidado pós cirúrgico, de forma a prevenir complicações, implica muitos mais do que simples orientações técnicas, implica conhecer a individualidade do ser humano. Deste modo os enfermeiros poderão

conhecer os verdadeiros requisitos do autocuidado e executar, planejar e implementar um sistema de enfermagem adaptado. Esse conhecimento advém da observação direta e controlada durante o contacto e comunicação com o paciente (Orem, 1993).

3. METODOLOGIA DO PROJETO

Neste capítulo é apresentada não só a metodologia utilizada para a realização do projeto, mas também se realiza a caracterização dos dois contextos de prática distintos. Além disso identifica-se cada atividade realizada e os resultados obtidos.

Optei pela metodologia do projeto, em que me focalizei num problema real e para a sua resolução implementei estratégias e intervenções eficientes. De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, citando Andrade, 2005) a realização de um projeto em contexto de saúde pretende identificar, resolver ou minimizar os problemas identificados na pessoa/ família através de intervenções individualizadas, assim como otimizar e/ou aumentar a eficácia e qualidade dos cuidados prestados.

A metodologia de projeto define-se através da elaboração do diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades; avaliação (verificação da consecução dos objetivos definidos); e divulgação dos resultados (elaboração do relatório final sobre o desenvolvimento do projeto de estágio) (Ruivo et al., 2010).

De forma a desenvolver competências houve uma articulação entre a prática e a teoria, ou seja todo o conhecimento teórico foi aplicado na prática. Assim realizou-se um estágio de 4 semanas na comunidade e de seguida em contexto hospitalar no serviço de Urologia.

Optou-se pelo estágio na comunidade visto ser um contexto ideal para conhecer a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes idosos com doença crónica. Neste contexto focou-se no trabalho em equipa, visto que o médico e o enfermeiro cuidam da família no decorrer das diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Integrei-me progressivamente na equipa transdisciplinar, aprofundei conhecimentos relativos à gestão doença crónica, participei na consulta de diabetes, hipertensão, hipo coagulação e realizei visitas ao domicílio. Refleti criticamente relativamente à prestação de cuidados na promoção do autocuidado da pessoa idosa, realizando uma avaliação multidimensional, identificando e intervindo de acordo com as necessidades específicas.

No serviço de Urologia do HEM desenvolvi várias atividades em parceria com a equipa multiprofissional acabando por implementar o projeto pretendido.

3.1. Finalidade do estágio e objetivos

A finalidade deste projeto foi contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa com incontinência urinária, infeção ou disfunção erétil após prostatectomia radical e desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado centrado à pessoa idosa.

Como objetivos gerais considere:

Objetivo geral 1

Contribuir como enfermeira na capacitação para o autocuidado das pessoas idosas.

Objetivo específico

Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem centrados à pessoa idosa e identificar as necessidades do idoso de modo a prestar cuidado centrado na pessoa

Objetivo geral 2

Contribuir para o aumento da literacia em saúde da pessoa idosa submetida a prostatectomia radical.

Objetivo específico

Identificar e fortalecer a literacia em saúde nos idosos submetidos a prostatectomia radical sobre disfunção sexual, incontinência urinária e infeção.

Objetivo 3

Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na capacitação do autocuidado do doente idosos submetido a prostatectomia radical.

Objetivo específico

Capacitar a equipa de enfermagem no serviço de Urologia com informação sobre conteúdo do ensino a realizar a doentes idosos submetidos a prostatectomia.

3.2. Descrição de atividades e resultados adquiridos

Objetivo geral 1

Objetivo geral	Objetivo específico:
Contribuir como enfermeira na capacitação para o autocuidado das pessoas idosas.	Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem centrados à pessoa idosa e identificar as necessidades do idoso de modo a prestar cuidado centrado na pessoa

Atividade 1. Realização de pesquisa bibliográfica com evidência científica sobre: cuidado de Enfermagem à pessoa idosa; processo de envelhecimento, gestão de doença crónica, neoplasia da próstata e suas complicações, intervenções de enfermagem.

Descrição: De forma a conseguir desenvolver competências pessoais e investigativas aprofundei conhecimentos específicos da temática através de pesquisa bibliográfica com evidência científica. Este conhecimento foi transportado para a prática com vista sempre na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. De acordo com Craig & Smyth (2004) uma prática com qualidade é aquela que tem em consideração a melhor evidência científica. Uma atualização contínua é fundamental, pois “os resultados atualizados de investigação, quando usados para suportar decisões clínicas, podem aumentar a probabilidade de os resultados esperados serem alcançados.” (Craig & Smyth, 2004, p.25)

Esta atividade teve início logo desde a escolha do tema do projeto e prolongou-se até ao fim do estágio do 3º semestre. Utilizei como questão inicial: “Quais as Intervenções de Enfermagem capacitadoras do autocuidado das pessoas idosas submetidas a prostatectomia radical com risco de incontinência urinária, disfunção sexual e infeção?” Para o desenvolvimento deste desenho de projeto, foi realizada uma revisão da literatura através dos motores de busca EBSCO (Cinahl, Medline, Cochrane). Foram efetuados vários cruzamentos em torno das palavras-chave: *Radical Prostatectomy, older, prostate cancer, elderly, discharge, prostate cancer treatment, self care, transition, nursing interventions, aged, nursing care, erectile dysfunction, urinary incontinence*. Foram estabelecidos como limitadores: o espaço temporal de 2008 a 2016. A pesquisa bibliográfica foi expandida à *World Wide Web*, pesquisando em *sites* institucionais e artigos considerados relevantes.

Resultado: Foi possível obter conhecimento dos problemas reais dos doentes idosos submetidos a prostatectomia radical quer ao longo do internamento quer após a alta. Além disso encontrou-se as intervenções de enfermagem capacitadoras do autocuidado do doente submetido a prostatectomia radical. Através desta pesquisa foi possível elaborar o quadro conceptual do relatório, um plano de educação baseado na evidência científica, um folheto sobre os exercícios musculares pélvicos e a otimização do folheto dos cuidados com cateter urinário.

Atividade 2. Realização de estágio no serviço de Urologia no HEM e na USF Oeiras.

Descrição: De modo a conseguir atingir as competências de enfermeira especialista segundo a OE, realizei estágio no serviço de Urologia e na USF Oeiras. Através da articulação entre a prática e a teoria foi possível desenvolver competências na área de enfermagem médico-cirúrgica vertente de especialização pessoa idosa, no cuidar de pessoas idosas em situação de doença crónica e sua família, em contexto hospitalar.

Resultado: Foi possível refletir sobre o contributo específico do enfermeiro especialista na equipa de saúde, apostando na prevenção de doença e promoção de saúde. Apresentei um sentido crítico apurado da prática nos vários níveis de cuidados de saúde (primários, secundários e terciários), capacidade de educação,

de orientação, de aconselhamento, de liderança e de concretização de investigação relevante, que permitiu melhorar a qualidade da prática de enfermagem.

Atividade 3. Realização de avaliação multidimensional do idoso de modo a identificar necessidades e optar para as melhores intervenções, e fornecimento de informação e habilidades essenciais para o autocuidado da pessoa idosa.

Descrição: O envelhecimento é algo único, próprio, complexo, dependente de condicionantes intrínsecos e extrínsecos. Associado ao envelhecimento surgem as doenças crónicas que são prolongadas e que estão associadas a um certo grau de dependência. Assim através de uma avaliação precoce e de uma monitorização das suas limitações é possível prescrever intervenções adaptadas as suas necessidades reais e consequentemente uma melhor transição, adaptação a novo estado e melhor satisfação (Sequeira, 2010). Deu-se ênfase a um cuidado centrado na pessoa e sua família, com vista na maximização da capacidade funcional nas atividades de vida diária, na promoção, manutenção e restauração da saúde. De acordo com Orem (2001) os enfermeiros; através de apoio, ensino e supervisão das atividades de autocuidado; surgem como forma de compensar o défice de autocuidado manifestado pelo indivíduo.

Resultados: Foi realizado a análise de um caso (apêndice IV) em que se fez uma avaliação do doente **F** e prescreveu-se intervenções de enfermagem adequadas às necessidades do doente. Através de supervisão e do ensino o doente tornou-se capaz do seu autocuidado.

Objetivo 2

Objetivo geral	Objetivo específico
Contribuir para o aumento da literacia em saúde da pessoa idosa submetida a prostatectomia radical	Identificar e fortalecer a literacia em saúde nos idosos submetidos a prostatectomia radical sobre disfunção sexual, incontinência urinária e infeção

Atividade 1. Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa/família internada no serviço de Urologia, no âmbito do planeamento da alta hospitalar, através da avaliação multidimensional do idoso dotar o idoso / família dos conhecimentos e habilidades necessárias para o autocuidado.

Descrição: A partir do momento que os doentes idosos foram admitidos no serviço de Urologia para serem submetidos a prostatectomia radical, a preparação para a alta foi iniciada de imediato. Isto porque cada vez mais os internamentos são curtos e o tempo para reter a informação pertinente para o seu autocuidado é diminuto.

Resultado: Teve-se em conta a individualidade de cada doente idoso. Fez-se uma avaliação do idoso, da sua capacidade cognitiva e funcional para uma nova aprendizagem necessária para o seu autocuidado e para uma transição positiva para o domicílio. Preparar o regresso a casa é fulcral na transição dos cuidados promovidos no hospital para a continuidade dos mesmos em casa. Os doentes que aceitaram participar no projeto o senhor F e o senhor A, receberam informação e foram-lhes dadas respostas a questões relacionadas com a preparação da cirurgia, cuidados pós-operatórios, e preocupações mais complexas relacionadas com as possíveis complicações pós-operatórias.

Atividade 2. Identificar o conhecimento que os idosos submetidos a prostatectomia radical têm sobre complicações pós cirúrgicas.

Descrição: O enfermeiro recolheu informação acerca das necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e desvio de saúde, bem como o conhecimento do idoso sobre as complicações inerentes à cirurgia e qual o impacto que estas têm nas

suas vidas. A partir desse conhecimento criou-se um sistema de suporte/educação, de forma a capacitar a pessoa a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado.

De acordo Ham, Sloane, Warshaw, Potter & Flaherthy (2014) os planos de saúde bem-sucedidos devem coincidir com as preferências e os valores individuais dos idosos. Estes devem ser reconhecidos como responsáveis pelo seu próprio projeto de vida e saúde. Sendo assim, precisam ser investidos de poder (*empowerment*) de forma a tomar autonomamente decisões em saúde (Gomes, 2007).

Resultado: Durante o período ensino clínico foram admitidos dois idosos para serem submetidos a prostatectomia radical. Foi realizado a análise de caso ao senhor **F** (apêndice IV). Este idoso referiu desconhecer que iria permanecer com cateter urinário durante aproximadamente 3 semanas após a cirurgia. Relativamente à incontinência urinária, o idoso sabia que era uma das complicações provenientes da cirurgia mas que poderia recuperar ao longo do tempo. Apesar de saber que a incontinência era temporária, mostrava-se preocupado em ter que usar penso de proteção. O idoso **A** tinha conhecimento sobre as complicações pós- cirúrgicas, dando ênfase ao facto de ter que ficar com cateter urinário durante 21 dias. Contrariamente ao idoso **F**, o idoso **A** já tinha estado com cateter urinário, experiência essa que considerou traumatizante pois tinha tido muitos espasmos. Este doente foi tranquilizado, visto que foi informado que os espasmos poderiam ser reduzidos com antiespasmódicos, prescritos pelo médico assistente. Relativamente á IU sabia que poderia ocorrer após a remoção do cateter urinário, mas que melhorava ao longo do tempo. Apesar de ambos mostrarem conhecimento sobre o risco da disfunção sexual, não a consideraram uma complicação preocupante no momento pré-operatório. Através de assertividade e de um ambiente seguro e empático, foi referenciado aos doentes a incidência e tratamento dessas complicações. De modo a promover a adesão aos cuidados, foram fornecidos os folhetos sobre os cuidados com cateter urinário e os exercícios musculares pélvicos.

Atividade 3 e 4. Informar sobre complicações possíveis da prostatectomia radical e explicitar intervenções específicas para cada complicação: sobre disfunção sexual, incontinência urinária e infecção.

Descrição: A literacia em saúde é fundamental para que o doente consiga não só estar mais envolvido na tomada de decisão em saúde, mas também na autogestão da doença. Segundo Coulter & Ellins (2007) os enfermeiros asseguram não só se os doentes idosos leem e entendem a informação sobre as complicações, mas também se a utilizam da melhor maneira de forma a atingir o máximo potencial de saúde. Dado que os doentes idosos submetidos a prostatectomia radical tem mais suscetibilidade para complicações como a disfunção sexual, a incontinência urinária e a infecção, a informação fornecida foi centrada nesses conteúdos. De acordo com Orem (2001) os enfermeiros quando identificam desvios de saúde num doente devem ensinar, executar ou agir, substituindo o indivíduo naquilo que ele não é capaz; orientar e encaminhar; dar apoio físico e psicológico e favorecer um ambiente que promova o desenvolvimento do indivíduo.

Resultado: Desde o primeiro dia de internamento que o enfermeiro forneceu informação oral e escrita pertinente e dirigida para cada necessidade específica do doente para que este a utilize em seu benefício e segurança. Na admissão foi percebido se os doentes tinham conhecimento sobre a prevalência do cateter urinário durante 21 dias, criou-se oportunidade para mostrar um cateter urinário aos doentes que nunca tinham estado algaliados. Por fim entregou-se o folheto sobre os cuidados com cateter urinário e incentivou-se à sua leitura. Aconselhou-se ao doente a sublinhar as suas dúvidas para que mais tarde os enfermeiros pudessem dar uma resposta. O doente foi elucidado, que iria regressar a casa a saber cuidar do cateter urinário e que qualquer dúvida poderia contactar-nos através do número presente no folheto. Além disso ao fim de 2 dias após a alta a enfermeira iria contactá-lo para o esclarecimento de dúvidas e despiste de complicações.

O folheto elaborado relativo aos exercícios de Kegel (exercícios fortalecedores da musculatura pélvica) foi entregue logo no momento de admissão. Os doentes foram incentivados à sua realização, visto que quanto mais previamente estes exercícios fossem executados melhor e mais a rápida seria a sua recuperação. Foram

informados que a IU ocorria imediatamente após a remoção do cateter urinário e que a maioria dos doentes ficavam continentes ao fim de 12 semanas.

Foi também evidenciado que a disfunção sexual era uma complicação pós cirúrgica, contudo a sua prevalência e recuperação era muito oscilante. Ainda foi realçado que existiam tratamentos para reduzir o seu impacto.

Atividade 5. Realização de análise de um caso prático

Descrição: De forma a conseguir atingir maior conhecimento sobre a prática de enfermagem, relativa ao doente submetido a prostatectomia radical e a sua capacitação para o autocuidado no regresso a casa, realizei a análise de um caso clínico com base na teoria do autocuidado de Orem (anexo IV). De acordo com Santos e Fernandes (2004) a reflexão é um instrumento essencial para uma análise estruturada da prática. É um processo intencional e voluntário cujo executando tem consciência que dessa reflexão poderão surgir mudanças do conhecimento. De acordo com Santos (2003), citado por Santos e Fernandes (2004), a pessoa que realiza a reflexão procura a evidência para sustentar o novo conhecimento e a mudança da prática. Considero que é através desse processo de análise que se pode construir uma Enfermagem Avançada, em que a prática é baseada em conhecimento científico atual e com base em teóricas de Enfermagem. Através desta análise, fui de encontro com o que se espera das competências de um enfermeiro especialista, ou seja, desenvolvi um elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão.

Resultado: Através desta atividade consegui verificar que o plano de ensino (anexo VI) realizado com base em conhecimento científico e concretizado ao longo do internamento contribuiu para a capacitação do doente idoso no autocuidado, no regresso a casa. Foi possível apurar que a monitorização telefónica é realmente tal como a evidência científica apoia, um método de suporte eficaz que ajuda no reforço de transmissão de todos os conteúdos de ensino necessários, explorar receios e esclarecimento de dúvidas. O doente mostrou-se satisfeito com todos os meios de transmissão de informação quer por via oral durante o internamento, quer escrita através de folhetos, quer após a alta através da monitorização telefónica.

Atividade 6. Realização da monitorização por via telefónica

Descrição: A monitorização telefónica foi implementada no serviço de Urologia, de forma a conseguir-se verificar se o doente e sua família aderiam corretamente aos cuidados prescritos e se eram capazes do seu autocuidado. Segundo Naffe (2012) esta intervenção ajuda os doentes a ultrapassar mais facilmente a transição para casa.

Através deste método de suporte foi possível disponibilizar e reforçar os vários conteúdos de ensino ao doente idoso e sua família mais especificadamente sobre cuidados com cateter urinário, controlo de infeção, higiene, alimentação/hidratação, exercícios musculares pélvicos, disfunção sexual, gestão do regime terapêutico e retorno às atividades de vida diária. Segundo a OE (2010) uma educação é uma estratégia necessária para uma autogestão, pois vai contribuir para uma melhor segurança do doente, melhores resultados e diminuição dos custos na área da saúde.

Foi criado um documento que auxiliou as perguntas a realizar em todos os momentos de monitorização distintos (apêndice X). A primeira monitorização por via telefónica foi elaborada de forma a ser aplicada até às 48 horas após a alta. Através dela seria possível entender se os doentes aderiam aos cuidados com o cateter urinário. Reforçava-se as orientações, esclarecia-se dúvidas e fazia-se um despiste e deteção precoce de complicações.

A segunda monitorização deveria ocorrer após a remoção do cateter urinário. Realizava-se o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) validado para a população portuguesa. Nesse momento reforçava-se o ensino sobre os exercícios musculares pélvicos e focava-se também no conteúdo do ensino referente à disfunção sexual (APU,2009).

A concretização da terceira monitorização deveria ser ao fim de 3 meses, pois de acordo Gray & Moore (2012) a maioria dos doentes encontravam-se continentes ao fim de 3 meses. Sendo assim, efetuava-se novamente o questionário ICIQ-SF, de forma a verificar-se a presença de incontinência urinária e encaminhar-se para o

urologista. Por outro lado, abordava-se a DE, em que se incentivava o início de relações sexuais e orientação sobre os possíveis tratamentos.

Resultado: Durante o período de estágio foi realizada a monitorização telefónica apenas a dois idosos submetidos a prostatectomia radical. O tempo acabou por ser um fator limitador do número de monitorizações realizadas, visto que apenas 2 idosos foram internados para serem submetidos a prostatectomia radical. Foi possível realizar a monitorização às 48 horas após a alta aos dois doentes (Senhor F e A). Contudo a monitorização após a remoção do cateter urinário foi efetuada apenas a um doente (Senhor F). Ambos referiram estar muito satisfeitos com a informação escrita e oral fornecida pelos enfermeiros, informação esta que facilitou a adesão segura aos cuidados. Na segunda monitorização o doente (senhor F) referiu já ter iniciado corretamente os exercícios musculares pélvicos, descrevendo-os ao pormenor. Ainda referiu da utilidade da informação presente no folheto. A terceira monitorização não foi realizada durante o estágio, visto que a duração do mesmo impossibilitou a sua execução.

Objetivo 3

Objetivo geral	Objetivo específico
Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na capacitação do autocuidado do doente idosos submetido a prostatectomia radical.	Capacitar a equipa de enfermagem no serviço de Urologia com informação sobre conteúdo do ensino a realizar a doentes idosos submetidos a prostatectomia.

Atividade 1. Apresentação do projeto de estágio à equipa

Descrição: Através da apresentação do projeto à equipa foi possível partilhar conhecimento científico apreendido sobre a temática.

Resultado: A equipa multiprofissional do internamento de Urologia recebeu favoravelmente o novo projeto. Foi realizada articulação com os enfermeiros da consulta de Urologia relativamente à implementação do projeto.

Atividade 2. Identificar o conteúdo do ensino e as práticas realizadas pelos enfermeiros a doentes idosos submetidos a prostatectomia radical internados no serviço de Urologia, através da análise dos registos de enfermagem, notas de alta de enfermagem, questionário e observação da prática.

Descrição: A fase de diagnóstico foi realizada através da observação, da análise da documentação dos cuidados de enfermagem e do questionário (apêndice V) efetuado aos enfermeiros do serviço de Urologia.

Resultado: Da sua análise, verificou-se que a documentação dos cuidados de enfermagem não refletia as intervenções relativas à capacitação do doente submetido a prostatectomia radical, no âmbito do conhecimento e aprendizagem de habilidades. Os resultados e a análise do questionário estão presentes no apêndice VI.

Atividade 3. Reunir com a Enf^a chefe para apresentar projeto e discutir plano de ensino a realizar aos doentes idosos submetidos a prostatectomia radical com risco de incontinência urinária, disfunção sexual e infeção.

Descrição: A formação de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012).

Sendo assim, ao longo do estágio foram realizadas reuniões com a enfermeira chefe. Definiu-se o plano de ensino a implementar no serviço, com vista na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente idoso com incontinência urinária, disfunção sexual e risco de infeção. Essa intervenção possibilitou a restauração da autonomia do doente idoso, comprometida pela cirurgia. O enfermeiro ao verificar que o doente tinha que obter novas competências e informação, para se adaptar favoravelmente ao seu novo estado de saúde, procedeu à identificação, planeamento e execução de intervenções, com vista à promoção do autocuidado.

Resultado: O plano de ensino realizado aos doentes idosos submetidos a prostatectomia radical encontra-se no apêndice VII.

Atividade 4. Motivar e envolver enfermeiros no projeto através de fornecimento de artigos pertinentes sobre a temática e sua discussão.

Descrição: Motivar a participação dos enfermeiros que trabalham no serviço de Urologia. Segundo Richie & Alto (2001) as organizações que aprendem são formadas por pessoas que expandem novos padrões de novos conhecimentos e que continuamente aprendem juntas.

Resultado: Foi criado um *dossier* com artigos pertinentes sobre a temática que iam de encontro com a prática de enfermagem promotora do autocuidado. No *dossier* estava em anexo a ação de formação realizada aos enfermeiros, dando a possibilidade aos que não estiveram presentes terem acesso ao conteúdo. O plano de ensino estruturado e os questionários de monitorização telefónica também poderão ser consultados pelos enfermeiros. Os enfermeiros mostraram-se motivados à mudança e melhoria da qualidade dos cuidados, visto que sempre que surgia um doente submetido a prostatectomia radical consideravam-me uma pessoa de referência e consultavam o guia orientador de boas práticas com frequência.

Atividade 5. Realização de uma ação de formação

Descrição: Foi realizada uma sessão de formação com o título “Pessoas idosas em processo de transição, submetidas a prostatectomia radical: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o autocuidado.” O plano de sessão pode ser consultado no apêndice II.

Nessa ação de formação apresentou-se e contextualizou-se o projeto. Foram expostos os resultados obtidos através da análise dos registos de enfermagem, questionário e observação da prática. Refletiu-se com a equipa de enfermagem sobre o que se podia melhorar relativamente às intervenções educacionais que contribuem para o aumento da literacia em saúde sobre a infeção, disfunção sexual e incontinência urinária, e que colaboram para o autocuidado dos doentes submetidos a prostatectomia radical no regresso ao domicílio. Expôs-se à equipa de enfermagem o início de uma nova estratégia educacional facilitadora da transição hospital casa e aderência dos cuidados, ou seja, a implementação da monitorização telefónica até 48 horas após a alta, após a remoção do cateter urinário e após 3

meses. Além disso apresentou-se o folheto relativo aos exercícios musculares pélvico e o folheto otimizado sobre os cuidados com cateter urinário. Informou-se da existência de um *dossier* de estágio que continha artigos com evidência científica atual sobre a temática.

Resultado: A participação de 52,3% da equipa refletiu o interesse relativamente á implementação de um novo projeto no serviço. Dos 52,3% enfermeiros, a exercer no serviço de Urologia, todos referiam que a ação de formação veio de encontro com as necessidades de formação relativamente ao conteúdo de ensino a realizar aos doentes submetidos a prostatectomia radical. Assinalaram 5 numa escala de 1 a 5, que iriam utilizar o conhecimento adquirido relativo ao conteúdo de ensino ao doente submetido a prostatectomia radical.

Foi enviado por *email* a sessão de formação e deu-se oportunidade de esclarecimento de dúvidas e apresentação informais do projeto após a passagem de ocorrências a todos os colegas que não conseguiram estar presentes no dia da ação de formação.

Atividade 6. Realização de orientações tutoriais com a professora orientadora

Descrição: A orientação tutorial, ao longo do período estágio, ajudou-me na aquisição e desenvolvimento não só competências pessoais, mas também profissionais. Durante o ensino clínico refleti sobre a prática e adotei uma atitude crítica de modo a atingir uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem. Como refere Walsh et al (2003), citado por Cruz (2008) a supervisão clínica é um bom instrumento de desenvolvimento de qualidade dos cuidados de enfermagem. A supervisão clínica em Enfermagem é uma estratégia de qualidade no contexto da Enfermagem avançada, ou seja, é uma enfermagem com qualidade cujos cuidados são baseados em conhecimentos de excelência e em teorias de enfermagem com busca sempre na qualidade e segurança dos doentes. O supervisor foi um elemento facilitador já que me facilitou na expressão das minhas dificuldades, promoveu o autoconhecimento e orientou-me no sentido em apoiar a minha prática em evidência científica atual.

Resultado: Graças a uma orientação desenvolvi plano de ensino, folhetos sobre cuidados com cateter urinário e exercícios musculares pélvicos. Foi estruturada a monitorização telefónica de modo a acompanhar os utentes no regresso a casa. Todas estas atividades tiveram em vista cuidados com mais segurança e qualidade.

Atividade 7. Analisar mudança de comportamentos na equipa

Descrição: Grandes equipas são organizações que aprendem a desenvolver novas habilidades e capacidades, que levam a novas perceções e sensibilidades que, por sua vez revolucionam crenças e opiniões (Richie & Alto, 2001). Através da análise dos registos de enfermagem foi possível ter conhecimento do que os enfermeiros registaram sobre intervenções educativas relativas à infeção, disfunção sexual e incontinência urinária. Esta abertura para a mudança é um dos contributos mais evidentes para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados em Enfermagem (Carvalho & Cristão, 2012).

Resultado: Visto que a duração do estágio foi um fator limitador, foi possível apenas avaliar a documentação de enfermagem referente a dois doentes idosos submetidos a prostatectomia radical. Verificou-se que a equipa de enfermagem aplicou o plano de ensino estruturado aos dois idosos submetidos a prostatectomia radical, tendo sempre em conta as suas necessidades. Além disso, na documentação de enfermagem constatou-se o registo do conteúdo do ensino aplicado e como os doentes tinham recebido as novas aprendizagens.

O ensino, realizado sobre os exercícios musculares pélvicos, a prevenção de infeção, o retorno de atividades de vida diária, os cuidados com alimentação, a hidratação, a gestão do regime terapêutico, a higiene e a função sexual, foi referente em ambas as notas de alta. Foi mencionado que o doente e família mostraram-se colaborantes e recetivos às novas aprendizagens.

4. REFLEXÃO SOBRE RESULTADOS OBTIDOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo faz-se uma reflexão sobre os resultados adquiridos e competência de enfermeira especialista desenvolvidas.

Os objetivos delineados foram atingidos. Adquiri competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa e contribuí para a melhoria dos cuidados à pessoa com incontinência urinária, infeção ou disfunção erétil após prostatectomia radical.

O contexto clínico foi muito rico em experiências para a aquisição de conhecimentos e de competências de enfermeira especialista. Durante o estágio realizado na comunidade tive a possibilidade de intervir com a pessoa idosa com doença crónica, participando nas consultas de enfermagem e em vários níveis de prevenção de doença e promoção de saúde.

No segundo contexto de estágio, no serviço de Urologia, tive a oportunidade de desenvolver intervenções direcionadas à capacitação do autocuidado, estruturar um plano de ensino e um programa de monitorização telefónica.

Foi utilizada a metodologia do projeto, em que se verificou todo o envolvimento da equipa de profissionais de saúde para a promoção da autonomia das pessoas idosos submetidas a prostatectomia radical. É isso que se exige de um enfermeiro especialista; um enfermeiro com um conhecimento mais aprofundado, com um nível elevado de julgamento clínico e de tomada de decisão.

Enquanto enfermeira desenvolvi a minha prática, no sentido de uma “Enfermagem Avançada”, uma enfermagem baseada em teorias de enfermagem que têm por ‘Core’ o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas, assim como mais competências de tomada de decisão (Silva, 2007).

O facto de ter escolhido o meu local de trabalho e de já ter relação prévia com a equipa facilitou não só a sua implementação como também vai possibilitar a sua continuidade. De acordo com Ruivo et al (2010) citando Brissos (2004) um

projeto em saúde sustentável é aquele que faculta benefícios num prolongado período de tempo.

No término do estágio considerei que aprofundei as quatro competências preconizados pela OE para enfermeiro especialista: Competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio da aprendizagem profissional.

Considerando a competência do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** atuei como parceira e protetora dos direitos do doente idoso assegurando o anonimato da informação e identificação dos doentes. Os princípios éticos e valores do código deontológico foram assegurados. Foi realizado um pedido de autorização escrito à Direção de Enfermagem para a realização do projeto assim como à comissão de ética, que aprovaram em concomitância a sua implementação (apêndice XIII).

Assegurei que o doente idoso recebesse a informação, conferindo-lhe a capacidade de fazer escolhas. Dei tempo para que o doente pudesse colocar questões, questões estas que em conjunto com um diagnóstico de neoplasia e numa situação de internamento hospitalar poderão causar *stress* e ansiedade.

Relativamente às competências no **domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, suportei a prática clínica em padrões de conhecimento especializado. Ao longo desta aprendizagem aprofundei os meus conhecimentos sobre a temática através da consulta de base de dados científicos, com o propósito de me manter atualizada relativamente aos cuidados ao idoso submetido a prostatectomia com risco de disfunção sexual, infeção e incontinência urinária e também relativamente às melhores intervenções de enfermagem capacitadoras para o autocuidado.

Elaborei um guia orientador da prática (plano de ensino), que é considerado um elemento crucial para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Elaborei uma análise reflexiva de um caso, que contribuiu para o meu

autoconhecimento, elemento essencial e necessário para um enfermeiro especialista.

Ao nível da competência do **domínio da melhoria contínua da qualidade** criei um ambiente seguro favorecedor de aprendizagem e de parceria, valorizando a individualidade dos doentes idosos e o envolvimento dos seus familiares. Tendo em conta as complicações da prostatectomia radical e da vulnerabilidade dos idosos identifiquei problemas potenciais, implementei intervenções (plano de ensino estruturado, folhetos educativos) e avaliei e monitorizei as intervenções (follow-up telefónico e análise dos registos de enfermagem). Capacitei o doente idoso e a sua família com informação necessária para o seu autocuidado seguro no regresso a casa. Além disso através do ensino e treino facilitei a reeducação funcional do doente promovendo sempre o seu autocuidado. Implementei a monitorização telefónica como intervenção de enfermagem promotora da adesão terapêutica, uma vez que, após o momento da alta clínica, o enfermeiro mesmo à distância, pode esclarecer dúvidas, realizar alguns ensinamentos e caso necessário fazer o encaminhamento adequado.

No **domínio da gestão dos cuidados**, tornei-me um elemento de referência no cuidado à pessoa idosa submetida a prostatectomia radical, assim como um elemento dinamizador do novo conhecimento no contexto prático. Identifiquei lacunas de conhecimento por parte da equipa e intervi como formadora no contexto hospitalar, realizando uma ação de formação. Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista deve favorecer a aprendizagem na área do cuidado à pessoa idosa/família e contribuir para o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Produzi uma norma, com base no conhecimento científico, referente aos cuidados a praticar aos doentes idosos submetidos a prostatectomia radical, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma prática mais especializada (apêndice XI).

A nível de aquisição de competências de investigação procurei constantemente desenvolver uma prática baseada na evidência. Aplicou-se questionários aos enfermeiros durante a fase de diagnóstico, procedeu-se à análise

dos mesmos e da documentação de enfermagem. Foi apresentado um *poster* referente ao projeto a implementar no serviço de Urologia, no I Encontro Médico cirúrgico do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (apêndice XIV).

Pretendo futuramente publicar um artigo de forma a partilhar resultados e acrescentar conhecimento à comunidade científica.

Através da análise *SWOT*, verifiquei que de acordo com os fatores internos, este projeto teve como força uma equipa de Enfermagem disponível; recursos disponíveis; mudança da prática de enfermagem e como fraquezas rácio enfermeiro-doente baixo e tempo de estágio curto. Relativamente aos fatores externos o projeto apresentou como oportunidades uma problemática atual e pertinente e o envolvimento da Família/cuidador nos cuidados. Como ameaças exibiu a possibilidade de repor o rácio enfermeiro-doente e uma prática condicionada pelo *stress* do contexto.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo do estágio a prestação de cuidados individualizados teve por base o respeito pela pessoa, pelos seus valores, crenças e decisões. Considerando que o Enfermeiro especialista e mestre tem como competências o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal posso garantir que desenvolvi uma prática profissional e ética e promovi práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010).

O projeto foi iniciado após o parecer positivo da comissão de ética do HEM relativamente à implementação do projeto no serviço de Urologia (apêndice XIII).

A Enfermagem estabelece os seus alicerces num Código Deontológico, que se encontra inserido no Estatuto da OE. O Código Deontológico organiza e regulamenta o exercício profissional do enfermeiro, incluindo princípios, direitos, deveres, responsabilidades e proibições em relação à conduta ética dos profissionais. Assim, define-se que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (artigo. 78º do Código Deontológico do Enfermeiro). Também no Código Deontológico comporta o dever de informar, “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao CI ” (artigo 84º), assim os Enfermeiros devem respeitar a dignidade do indivíduo independentemente do género, raça, religião, nacionalidade, posição social, ou de qualquer outro fator. Portanto assim foi promovido a sua capacidade para pensar, decidir e agir, uma vez que o doente possui a competência de autonomia e de agir livremente.

A transmissão de informação ajudou o doente a tomar uma decisão responsável, tornando-se um elemento ativo no seu próprio processo de cuidados. Foi certificado que a informação foi corretamente apreendida e o doente teve o direito de recusar em qualquer momento o tratamento e/ou intervenção, mesmo tendo assinado anteriormente o consentimento (apêndice XII).

Em relação à intervenção de enfermagem, monitorização telefónica na adesão terapêutica, dois doentes aceitaram participar. Com base no respeito pelo direito à autodeterminação, foi fornecida informação esclarecida, aos doentes idosos

e suas famílias submetidos a prostatectomia radical, sobre os objetivos e procedimentos do projeto. Deram o seu consentimento livre e escrito (apêndice XII), após ter sido assegurado a confidencialidade de toda a informação e o anonimato da pessoa.

De acordo com a OE (2007), quando os clientes colaboram nas decisões sobre o seu processo de cuidados, maior é a sua satisfação e melhores serão os resultados de saúde. O enfermeiro especialista deve ter em conta a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa, tendo, por isso o dever de informar e respeitar a pessoa e o direito que lhe assiste em obter o CI. Para isso deve ter em conta a individualidade do cliente, os seus valores e características psicossociais, fornecendo informação clara, num ambiente seguro e terapêutico, de modo a estabelecer uma relação de ajuda com o utente e sua família/pessoa significativa. O enfermeiro especialista deve atender responsavelmente a pedidos de informação e/ou explicação dos cuidados de enfermagem, respeitando sempre o princípio da autodeterminação.

6. CONCLUSÃO

No fim desta etapa posso referir que cresci não só a nível profissional, mas também a nível pessoal. No ponto de vista profissional, consegui desenvolver competências como enfermeira especialista médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, tornando-me perita na melhoria dos cuidados à pessoa com incontinência, infeção ou disfunção após prostatectomia radical. Relativamente à vertente pessoal, consegui superar as minhas expectativas, ultrapassar os meus receios e obstáculos e lutar por algo que sempre desejei.

Ao longo do percurso delineado os objetivos foram conseguidos com mérito. Contribuí como enfermeira na capacitação para o autocuidado das pessoas idosas, para o aumento da literacia em saúde da pessoa idosa submetida a prostatectomia radical. Por último promovi comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem.

Os doentes idosos e sua família, que aceitaram participar no projeto, foram envolvidos em todo o processo de preparação de alta desde o momento de admissão, tomaram decisões autonomamente e livremente sobre a sua saúde e foram encorajados na aderência aos cuidados prescritos no regresso a casa. Assim considero que este projeto, tal como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) assim o defende, deu prioridade à participação ativa das pessoas idosas na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

Os enfermeiros tiveram um papel fortalecedor de uma transição saudável e positiva para casa, visto que através do ensino e treino forneceram aos idosos ferramentas necessárias para o seu autocuidado em casa. Proveram os doentes de informação sobre as complicações que interferiam com a sua qualidade de vida, dando-lhes controlo e poder sobre o seu projeto de saúde. Os enfermeiros, assim como a OE (2012) afirma, asseguraram a readaptação funcional do doente ajudando-o numa adaptação eficaz à nova realidade e promoveram a sua autonomia e continuidade do autocuidado.

O plano de ensino realizado, com base em conhecimento científico e adotado pelos enfermeiros no serviço de Urologia, contribuiu para a capacitação do doente

idoso no autocuidado após no regresso a casa. Foi possível apurar que a monitorização telefónica é realmente tal como a evidência científica apoia, um método de suporte eficaz que ajuda no reforço de transmissão de todos os conteúdos de ensino necessários, explorar receios e esclarecimento de dúvidas. O doente mostrou-se satisfeito com todos os meios de transmissão de informação quer por via oral durante o internamento, quer escrita através de folhetos, quer após a alta através da monitorização telefónica. Recomendo a continuidade da utilização desta intervenção, pois acredito que pode trazer benefícios significativos para todos os doentes.

O projeto irá ter continuidade no Serviço de Urologia, pois é um projeto promotor de bons cuidados de enfermagem. Por outro lado, zela pela segurança e autonomia do doente idoso, e ajuda-o a alcançar o máximo potencial de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamakis, L., Vasileiou, I., Constantinides, C (2013). The treatment of iatrogenic male incontinence: latest results and future perspectives. *Rev Recent Clin Trials*;8(1), 36-41.
- Associação Portuguesa de Urologia. (2009). *Orientações sobre Incontinência Urinária*: APU.
- Becker, A., Tennstedt, P., Hansen, J., Trinh, Q., L., Atassi, N., et al. (2014). Functional and oncological outcomes of patient aged < 50 years treated with radical prostatectomy for localised prostate cancer in European population. *BJU*, 114, 38-45.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berookhim, B., Nelson, C., Kunzel, B., Mulhall, J., Narus, J. (2014). Prospective analysis of penile length changes after radical prostatectomy. *BJU Int*, 113, 131-136. DOI:10.1111/bju.12443.
- Beveridge, L., Davey, P., Phillips, G., McMurdo, M. (2011). Older management of urinary tract infections in older people. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 173-180. DOI: 10.2147/CIA.S13423.
- Bolat, D., Gunlusoy, B. (2015). The effects of age on functional outcomes after radical prostatectomy. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 33.
- Burt, J., Caelli, K., Moore, K., Anderson, M. (2005). Radical Prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 883-890.
- Carvalho, R (2014). *Cuidar de idosos-Uma prática co-construída*. Lisboa: coisas de ler.
- Carvalho, J., Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 103-112.
- Coelho, R., Rocco, B., Patel, M., Orvieto, M., S, Chauhan., Ficarra, V. (2010). Retropubic, Laparoscopic, and Robot-Assisted Radical Prostatectomy: A Critical Review of Outcomes Reported by High-Volume Centers. *J. Endourol*, 24 (12), 2003– 2015.

Collin, C., Bellas, N., Haddock, P., Wagner, J. (2015). Pre-operative education classes prior to robotic prostatectomy benefit both patients and clinicians. *Urologic Nursing*, 35 (6), 281-285. **DOI:**10.7257/1053-816X.2015.35.6.281.

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2009). Sobre: Consulta de Enfermagem por Via Telefónica. Obtido de Parecer CJ - 102/2009: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj86tnUtoLLAhWDSHQKHQUmC4MQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordenenfermeiros.pt%2Fdocumentos%2FCJ_Documentos%2FParecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf&usg=AFQjCNG-ih-RKOV3B

Coulter, A., Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing educating, and involving patients, *BMJ*, 335, 24-27.

Craig, J., Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência-Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Cruz, S. (2008). A supervisão clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de Enfermagem Avançada, *Servir*, 56 (5), 200-206.

Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional Para A Segurança Dos doentes 2015 - 2020, Diário da República, 2.ª série, N.º 28. Acedido a 10-01-2016. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>

Direção-geral de Saúde. (2004). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: DGS. Acedido a 1-01-2016. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjdtabArNbQAhWLuBQKHVlcBJ4QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordenenfermeiros.pt%2Fcolegios%2FDocuments%2FMCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf&usg=AFQjCNFfBeFlmidYZqlpEqzoBWPYAqD6Q

Direção-geral de Saúde. (2014). *Doenças Oncológicas em números-Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: DGS. Acedido a 1-01-2016. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwi18YLvrNbQAhVBmhQKHRSa54QFggfMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.apah.pt%2Fmedia%2FOutros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos%2FDGS_Relatorio_Doenca

[sOncologicasEmNumeros_Ano2014_Novembro2014.pdf&usg=AFQjCNFsynxk-UQBK6_FjvSiFETxEi62Fg&bvm=bv.139782543,d.d24](#)

Direção-geral de Saúde. (2014). *Portugal idade maior em números*. Lisboa: DGS. Acedido 04-02-2016. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi-bvKP-rt3QAhWChJAKHbRFD0IQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fcspace.eportuguese.org%2Ftiki-download_file.php%3FfileId%3D1244&usg=AFQjCNFUvkflkBm_1zBGmqOx-8w3JDbRQQ

Direcção-Geral da Saúde. (2005). Carta dos Direitos do Doente Internado. Obtido de Web site da Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/.../legislacaosaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

Dorey, G. (2013). Pelvic floor exercises after prostatectomy. *British Journal of Nursing*, 22 (9), 4-9. Acedido 20-03-2016. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/237097077_Pelvic_Floor_Exercises_After_Radical_Prostatectomy

European Association of Urology Nurses (2012). Catheterization Indwelling catheters in adults – Urethral and Suprapubic: EAUN. Acedido 04-01-2016. Disponível em <http://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/>

Galbraith, M., Crighton, F. (2008). Alterations of sexual function in men with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 102-114. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2008.02.010>.

Gomes, I. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde Lda.

Gray, M., Moore, K. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Lusociência.

Ham, R., Sloane, P., Warshaw, G., Potter, J., Flaherthy, E. (2014). *Primary care geriatrics. A case based approach*. Philadelphia: Mosby.

- Hsiao, C., Moore, IM., Insel, K., Merkle, CJ. (2013). Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 440 – 449. **DOI:** 10.1111/jocn.12178.
- ICHOM (2015). Standard Set for localized Prostate cancer. Disponível em: <http://www.ichom.org/medical-conditions/localized-prostate-cancer/>
- INE- instituto Nacional de Estatística. Acedido em 15/01/2016 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Katz, A. (2015). Early localized Prostate Cancer. *American Journal of Nursing*, 115 (3), 34-44. **DOI:** 10.1097/01.NAJ.0000461809.26978.
- Kirschner-Hermanns, R., Jakse, G. (2002). Quality of life following radical prostatectomy. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 43, 141-151. **DOI:** [http://dx.doi.org/10.1016/S1040-8428\(02\)00026-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1040-8428(02)00026-4).
- Krebs, L. (2008). Sexual Assessment in Cancer Care: Concepts, Methods and strategies for success. *Seminar in Oncology Nursing*, 24(2), 80-90. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2008.02.002>.
- Kumar, A., Samavedi, S., Bates, A., Cuevas, C., Coelho, R. et al. (2015). Age stratified comparative analysis of perioperative, functional and oncologic outcomes in patients after robot assisted radical prostatectomy – A propensity score matched study. *European Journal of Surgical Oncology*, 41, 837-843. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2015.04.006>.
- Kunz, I., Musch, M., Roggenbuck, U., Klevecka, V., Kroepf, D. (2013). Tumour characteristics, oncological and functional outcomes in patients aged ≥ 70 years undergoing radical prostatectomy. *BJU International*, 111, 24-29. **DOI:** 10.1111/j.1464-410X.2012.11368.x.
- Lassen, B., Gattinger, H., Saxer, S. (2013). A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effects of psychoeducational interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 2602-2612. **DOI:** 10.1111/jan.12186.

- Martin, N., Massey, L., Stowell, C., Bangma, C., Briganti, A et al. (2014). Defining a Standard Set of Patient-centered Outcomes for Men with localized Prostate Cancer. *European Urology*, 1-8. **DOI:** 10.1016/j.eururo.2014.08.075.
- Mata, L., Carvalho, E., Napoleão, A. (2011). Validação por peritos de intervenção de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. *Texto Contexto Enferm*, 2036-44. **DOI:** 10.1590/S0104-07072011000500004.
- Mata, L., Silva, A., Pereira, M., Carvalho, E. (2014). Acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical: revisão sistemática. *Rev.Latino-Am-Enfermagem*, 22 (2), 337-345. **DOI:** 10.1590/0104-1169.3314.2421.
- McCormack (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209. **DOI:** 10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory – middle range and specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing.
- Mirza, M., Greibling, T., Kazer, M. (2011). Erectile Dysfunction and Urinary Incontinence after Prostate Cancer Treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(4), 278-289. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2011.07.006>
- Mountan, C., Bazaldua, O., Pierce, B., Espino, D. (2001). Common Infections in Older Adults, *American Family Physician*, 63(2), 257-262. Acedido 20-03-2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11201692>
- Naffe, A. (2012). Post discharge follow up phone cal. *Heart & Lung*, 102. **DOI:** 10.1016/j.hrtlng.2011.08.002
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Prostate Cancer: diagnosis and management. NICE clinical guidelines*. NICE, London. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg175>
- Nunes, P., Rolo, F., Mota, A. (2004). Prostatectomia radical e actividade sexual, *Acta Urológica*, 21 (1), 15-31. Acedido em 20-04-2016. Disponível em www.apurologia.pt

Ordem dos Enfermeiros. (1998). Código Deontológico dos Enfermeiros. Obtido de Diário da República I Série A, nº93: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0ahUKEwjy972kt4LLAhWBBBoKHUUYCfMQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicacoes%2FDocuments%2FCodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf&usg=AFQjCNELLFmjgDsoynV

Ordem Dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de Posição – Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem*. Lisboa: OE. Acedido 2-01-2016. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwif6KvDqdbQAhXD6RQKHANDqUQFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Ftomadasposicao%2FDocuments%2FEnunciadoPosicao15Mar2007.pdf&usg=AFQjCNHAARnm9NftF3zktf0kuCGdFkAQLw>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Geneva: OE. Acedido a 2-01-2016. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjv9fSvqtbQAhVCPxQKHTQGC6QQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicacoes%2FDocuments%2FKIT_DIE_2010.pdf&usg=AFQjCNFqm vN6bZNhNkDTuKPwmUv6liH4DA

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: OE.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem- Conceptos de enfermeria en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat enfermeria.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

Penprase, B. (2014). Optimizing the period for the older adult surgical patient. *Or Nurse Journal*, 26-32. Acedido 3-04-2016. Disponível em http://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=2504330&an=01271211-201407000-00006&Journal_ID=682710&Issue_ID=2504271

- Pompeu, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R., Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 345-350. Acedido 3-04-2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000300017&script=sci_abstract&tling=pt
- Riche, G., Alto, R. (2001). As organizações que aprendem, segundo Peter Senge:” A quinta disciplina”. *Cadernos discentes coppead*, 9, 36-55. Acedido 3-04-2016. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjntOCI58nQAhXGJsAKHYIDCKIQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mettodo.com.br%2Fpdf%2FOrganizacoes%2520de%2520Aprendizagem.pdf&usq=AFQjCNFgS8KVGWlrntjlWceaux1gUswRg>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Santos, D., Silva, F., Saldanha, E., Lira, A., Vitor, A. (2012). Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa, *Rev. EletrEnf*, 14 (3), 690-701. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i3.14980>.
- Santos, E., Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para uma reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62. Acedido 3-04-2016. Disponível em http://ui.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Schulz, P., Nakamoto, K. (2012). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 9, 4-11. **DOI:** 10.1016/j.pec.2012.09.006.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Silva, A.P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Simpson, P. (2015). Prostatectomy: information provision and education for patients. *British Journal of Nursing*, 24 (9), 24-27. **DOI:** 10.12968/bjon.2015.24.Sup9.S24.

- Sivarajana, G., Prabhua, V., Takslerb, G., Lazea, J., Lepor, H. (2014). Ten-year Outcomes of Sexual Function After Radical Prostatectomy: Results of a Prospective Longitudinal Study. *European Urulogy*, 65, 58–65. Acedido 20-04-2016. Disponível em www.europeanurology.com
- Tao, Z., Shi, A., Wang, K., Zhang, W. (2015). Epidemiology of prostate cancer: current status, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 19, 805-812. Acedido 20-02-2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25807434>
- Trost, L., Elliot, D. (2012). Male Stress Urinary Incontinence: A Review of Surgical Treatment Options and Outcomes, *Advances in Urology*, 1-14. DOI:10.1155/2012/287489.
- Vianna. M., Napoleão, A. (2009). Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes. *Cienc Cuid Saúde*, 8 (2):269-73. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8209.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies- Evidence for action*. Geneva: WHO. Acedido a 1-01-2016. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiFyO6OrNbQAhVEXBQKHxTQCaAQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2003%2F9241545992.pdf&usq=AFQjCNEBB2EBw3_93m5INnF-cUSyer0dbQ&bvm=bv.139782543,d.d24
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento active: uma política de saúde*. Brasília: OMS. Acedido a 1-01-2016. Disponível em http://prattein.com.br/home/index.php?option=com_content&view=article&id=349:envelhecimento-ativo-uma-politica-de-saude&catid=99:saude-da-populacao-idosa&Itemid=189
- World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020: WHO. Acedido a 1-01-2016. Disponível em http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: WHO. Acedido a 1-02-2016. Disponível em <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

World Health Organization. (2015) Cancer topics fact sheet, Fact sheet N°297, Acedido 16-01-2016. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Apêndice I- Ação de formação

Apêndice II- Plano de sessão

Apêndice III - Avaliação da ação de formação

Apêndice IV- Análise do caso

Apêndice V- Questionário

Apêndice VI- Resultados e análise do questionário

Apêndice VII- Plano de ensino

Apêndice VIII- Folheto sobre cuidado com o cateter urinário

Apêndice IX- Folheto sobre os exercícios musculares pélvicos

Apêndice X- Monitorização por via telefónica

Apêndice XI- Norma sobre os cuidados ao doente idoso submetido a
prostatectomia radical

Apêndice XII- Consentimento informado

Apêndice XIII- Parecer da comissão de ética

Apêndice XIV- Poster